CONDADO DE PLACER

PETICIÓN PARA ACCESO A REGISTROS DE SALUD

*(Para el uso de clientes del **DSS** que soliciten acceso a sus propios registros de salud)*

Información de identificación del Paciente/Cliente		
APELLIDO:	NOMBRE:	INICIAL:
DOMICILIO:	CIUDAD/EDO/CÓDIGO:	TELÉFONO:
NO. DE SEGURO SOCIAL:	FECHA DE NACIMIENTO:	NO. DE EXPEDIENTE:

Organización que Proporcione la Información *[45 C.F.R.§ 164.522-164.528]*	
GUARDIÁN DE REGISTROS:	UBICACIÓN DEL REGISTRO:
FECHA DE PETICIÓN:	

Pido lo siguiente por la presente:

____ Ver mi registro

____ Recibir una copia papel de mi registro

____ Recibir un documento electrónico de la forma y formato indicado enseguida:

_____

Si es aprobado, se fijara una fecha, hora y lugar. Si el formulario y formato electrónico que se pidió no es fácilmente producible por el Condado de Placer en tal forma y formato solicitado, entonces el Condado de Placer proporcionará un formulario y formato electrónico legible según lo acordado.

(Continua en las siguientes páginas)

Estoy solicitando acceso o una copia, o ambas cosas (como se indicó anteriormente), de la siguiente información de salud:

- ☐ Mi Registro Entero
- ☐ Solamente Mis Registros Médicos
- ☐ Mi Historial Médico/Social/Legal
- ☐ Solamente Mi Registro de Vacunas
- ☐ Mis Resultados de Análisis de VIH/SIDA
- ☐ Mis Resultados de Análisis (especifique, e.g.: rayos x, ECG, laboratorio, psicológico, orina):
- ☐ Otra:
- ☐ Para el siguiente plazo de tiempo: De: _____ A: _____
- ☐ Mi Diagnosis (especifique):
- ☐ Mi Asistencia /Participación de Tratamiento
- ☐ Mi información de Restricción de Aislamiento
- ☐ Solamente Mis Registros de Salud Mental
- ☐ Mi Plan de Tratamiento Individual
- ☐ Mi Avaluación (especifique, e.g.: bio-social, psicológico, psiquiátrico):

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

(Véase la Página 3 para información sobre derechos del cliente)

Solo Para Uso del Condado:

Approved ☐

Denied ☐ Reason: _____

Delayed ☐ Reason: _____

If delayed, we will act on your request by _____

Comments: _____

_____

Placer County Staff Signature: _____ **Date:** _____

Su derecho de acceso a su información médica:

- Usted tiene derecho a solicitar acceso, ver su información propia en los registros de salud del DSS u obtener una copia en papel o forma electrónica.
- Usted tiene derecho a inspeccionar sus registros dentro de 5 días de laborales y de recibir una copia dentro de 30 días de esta ***Petición.***
- Se le puede cobrar un pago si ya ha revisado la misma información dentro del año pasado.
- Su petición puede ser denegada si las personas profesionales envueltas en su caso creen que tener acceso a su información pudiera causarle daño a usted o a otros.
- Your request may be denied if your health information was given to us by someone other than a health care provider, under the promise of confidentiality.
- La persona que revise su petición tendrá que decidir dentro de un plazo de tiempo razonable, si se debe aprobar o denegar su petición. Usted recibirá respuesta por escrito. La respuesta incluirá la razón por la decisión tomada.

Usted tiene el derecho de entablar un reclamo de privacidad:

El individuo puede entablar un reclamo de privacidad con el Condado de Placer o el Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos.

Dirija sus reclamos de privacidad a cualquiera de los siguientes departamentos.

County of Placer Department of Health & Human Services
Privacy Officer
3091 County Center Drive, Suite 290
Auburn, California 95603
Teléfono: (530) 886-3621
Fax: (530) 745-3135

U.S. Department of Health & Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Teléfono: (800) 368-1019
TDD: (800) 537-7697
FAX: (415) 437-8329